

AUS DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN ABTEILUNG
DES ZAHNÄRZTLICHEN INSTITUTS DER UNIVERSITÄT BASEL

Vorsteher: Prof. Dr. Roland Bay

ETUDE SUR LES
CANINES SUPERIEURES INCLUSES
ET LEUR TRAITEMENT

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

ALBERT HEINTZ

Chirurgien-Dentiste

Sessenheim/Frankreich

1965

BASEL 1966

Adressen- und Werbe-Zentrale, Basel

Von der Medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt
auf Antrag von Prof. Dr. Roland Bay

Tag der Promotion:

4. Mai 1965

AUS DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN ABTEILUNG
DES ZAHNÄRZTLICHEN INSTITUTS DER UNIVERSITÄT BASEL

Vorsteher: Prof. Dr. Roland Bay

ETUDE SUR LES
CANINES SUPERIEURES INCLUSES
ET LEUR TRAITEMENT

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von
ALBERT HEINTZ
Chirurgien-Dentiste
Sessenheim/Frankreich

BASEL 1966

Adressen- und Werbe-Zentrale, Basel



A mon Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Bay

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette Thèse et dont les bons conseils et la grande expérience m'ont été d'une aide précieuse. Qu'il veuille trouver ici l'assurance de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Wild

Docteur en médecine et Docteur en médecine dentaire à Bâle

Qu'il veuille trouver ici l'hommage de ma gratitude pour sa précieuse contribution à l'élaboration de cette thèse.

A ma femme et à mes chers enfants

A mes chers parents

A ma belle-mère

A mon beau-frère, le Dr Jesel et à son épouse

Qu'ils trouvent ici le témoignage de mon affection.

A tous mes amis.

Je dédie cette Thèse.

INTRODUCTION

Les inclusions dentaires occupent une place importante en odontostomatologie, en raison des problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'elles soulèvent.

Nous nous sommes proposés d'étudier uniquement les inclusions de la canine supérieure. Cette thèse comporte deux chapitres:

- le premier envisagera les différentes variétés d'inclusion avec leurs manifestations cliniques;
- le deuxième, le problème du traitement.

Nous voudrions surtout attirer l'attention sur les méthodes thérapeutiques autres que l'expectative ou l'extraction du germe inclus.

CHAPITRE I

ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DES DIFFERENTES VARIETES D'INCLUSION DE LA CANINE SUPERIEURE

Par définition, une dent incluse est une dent en rétention intra-osseuse.

Par ordre de fréquence, nous citerons les dents de sagesse, les canines supérieures - (qui feront l'objet de notre étude) - les prémolaires supérieures, les prémolaires inférieures, les incisives supérieures, les canines inférieures et les molaires. Elles se rencontrent donc aux deux maxillaires.

On envisage deux formes d'inclusion:

- l'inclusion profonde et totale (Fig 1, 2)



Fig 1



Fig 2

- l'inclusion partielle, si la couronne de la dent est en désinclusion, après qu'elle ait percé la fibro-muqueuse, sans atteindre néanmoins le plan d'occlusion (Fig 3).



Fig 3

La pathogénie de ces dents en rétention intra-osseuse est souvent complexe, vu leur situation par rapport aux organes de voisinage, toutes répercussions d'origine dentogène pouvant avoir un retentissement sinusal, nasal, lacrymal ou réflexe.

Ainsi les accidents rencontrés sont de différents types. Nous citerons en premier les accidents mécaniques, provoqués par la position du germe inclus et par sa migration intra-osseuse.

Pour la plupart des cas où le diagnostic d'une inclusion canine a été fait, nous nous sommes basés sur de simples signes de présomption, puis sur l'examen buccal. C'est enfin l'examen radiographique, indispensable d'ailleurs, qui nous fournira la preuve de l'inclusion.

- L'examen exo-buccal ne nous donne que peu de renseignements si ce n'est une asymétrie faciale (Fig 4) avec déviation souvent importante de la ligne médiane vers le côté de l'inclusion (Fig 5).

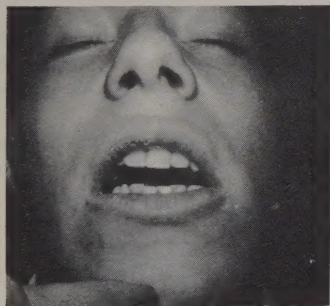


Fig 4

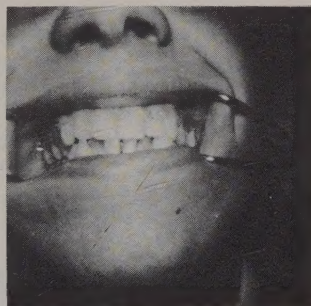


Fig 5

- L'examen de la dentition nous fournira des indices plus précis, à savoir la découverte d'un diastème incisif important (Fig 6, 7)



Fig 6



Fig 7

Un autre signe caractéristique de l'inclusion canine est la persistance d'une canine de lait au niveau de l'arcade (Fig 8, 9).



Fig 8

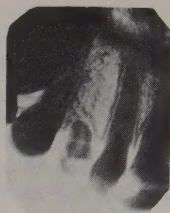


Fig 9

ou la malposition d'une incisive latérale par vestibulo-version (Fig 10) ou en rotation axiale (Fig 11)



Fig 10



Fig 11

Cet examen sera terminé par l'inspection de la voûte palatine, du vestibulum et de la région alvéolaire haute.

- On prendra des clichés radiographiques de la région suspecte pour compléter cette séance de dépistage.

Citons les accidents par résorption trophique:

- les accidents prothétiques chez des édentés appareillés et les accidents infectieux (Fig 12) caractérisés par une péri coronarite, due à l'ouverture du sac péri coronaire (Fig 12) ou à la contamination (abcès pyorrhéique, abcès dentaire).
- les accidents nerveux: accès névralgiques localisés ou diffus du type névralgie faciale secondaire;

- troubles reflexes trophiques provoquant de l'hérpès, de la pelade;
- troubles sensoriels (oculaires) et moteurs (spasmes).

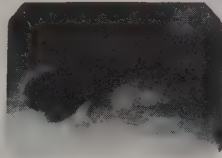


Fig 12

Ces inclusions peuvent demeurer latentes; il en est presque toujours ainsi pour les inclusions totales si on fait abstraction des accidents mécaniques.

Ainsi on ne considère l'inclusion de la canine supérieure comme pathologique qu'à partir de la 14ème année, toute possibilité d'une éruption naturelle paraissant épuisée.

Les rétentions peuvent être bilatérales, les deux canines incluses convergeant vers le raphé de la voûte palatine (Fig 1, 2, 13)

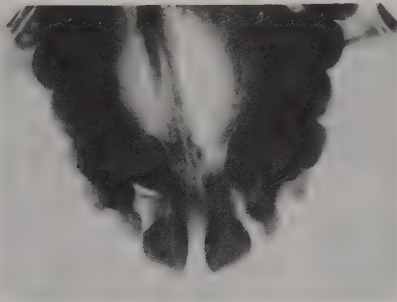


Fig 13

Elles peuvent être unilatérales (Fig 14, 15)



Fig 14



Fig 15

Selon le siège de l'inclusion, nous distinguerons:

1) Les canines en position horizontale haute, (Fig 16, 17) palatine.

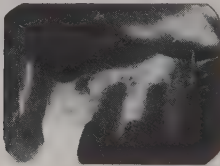


Fig 16

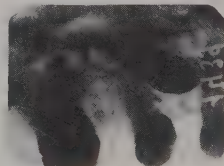


Fig 17

2) Les canines en position horizontale haute, palatine, avancée (Fig 18, 19).

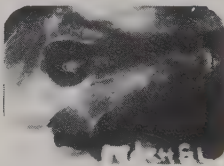


Fig 18

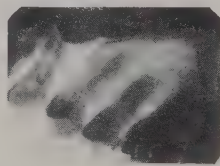


Fig 19

3) Les canines en position oblique (Fig 20, 21).

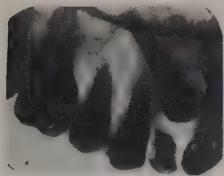


Fig 20

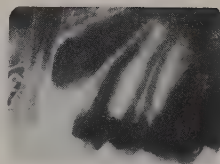


Fig 21

4) Les canines en position oblique avancée (fig 22, 23)

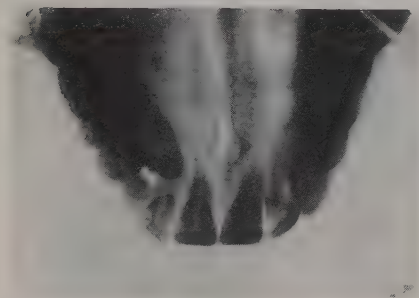


Fig 22

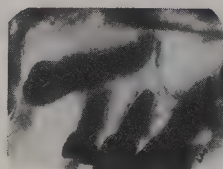


Fig 23

5) Les canines en position transverse (Fig 24, 25).

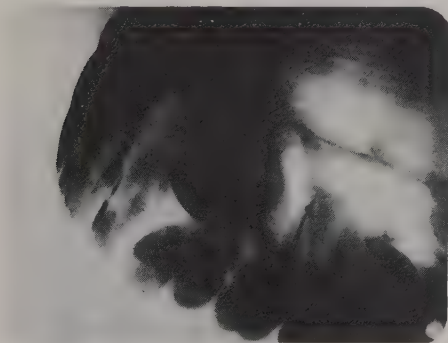


Fig 24

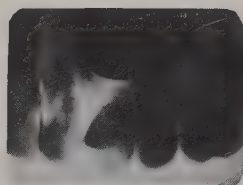


Fig 25

- 6) Les canines en position inversée (très rare), ainsi que les canines ectopiques au niveau des fosses nasales ou du sinus.

Il est très important d'étudier la morphologie de la dent incluse (grandeur de la couronne, forme de la racine, apex) (Fig 26) et de préciser avec exactitude le siège et l'emplacement du germe, ainsi que ses rapports avec les organes de voisinage (Fig 27).

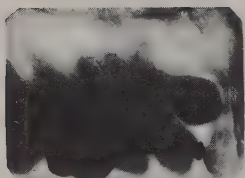


Fig 26

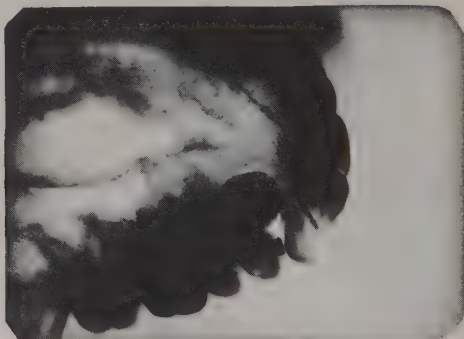


Fig 27

Méthode d'investigation radiographique

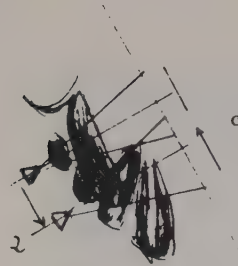
Pour l'étude des inclusions de la canine supérieure, on est obligé de faire un examen radiographique aussi complet que possible de la région maxillaire supérieure (Fig 30, 31). Les films pris en plan mordu à 50° - Incidence de Belot - ou ceux pris tangentiellement au niveau de l'os frontal et de la racine du nez (SIMPSON) sont d'une très grande utilité; les films rétro-alvéolaires sont également indispensables.

Dans ce cas, on prendra deux clichés: le premier, le cône localisateur étant centré sur l'une des deux dents adjacentes à la dent incluse; le deuxième film sera mis en place au niveau de cette même région, mais le cône localisateur sera déplacé dans le plan horizontal d'environ 1 cm vers la gauche ou vers la droite. L'étude comparative des deux clichés nous indiquera le côté de l'inclusion, vestibulaire ou palatin. En règle générale, si la dent se déplace dans le même sens que le cône localisateur, la dent se trouve incluse du côté palatin (Fig 28, 29). Par contre, si la dent incluse se déplace en sens inverse, et que l'image est agrandie, l'inclusion est vestibulaire.

Schéma explicatif



côté palatin



côté vestibulaire



Fig 28



Fig 29

Etude d'une inclusion unilatérale (Fig 30, 31)

Canine en position palatine haute:

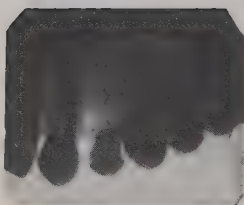
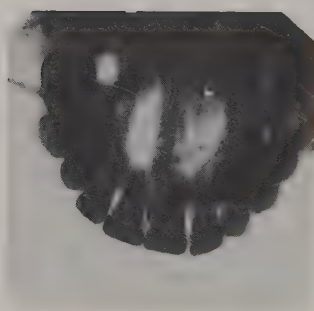


Fig 30



Fig 31

Clichés d'étude radiographique



Procédé d'investigation par surimpression

Nous avons un autre procédé très valable d'investigation radiographique servant à étudier l'emplacement exact des germes inclus qui est la méthode dite par surimpression. Elle consiste à faire une radiographie surimpressionnée de la région suspecte, en prenant garde de ne pas déplacer la radiographie rétro-dentaire, mais seulement le cône localisateur.

Le premier cliché sera fait selon les méthodes habituelles, mais la pose ne sera que de 0,6 seconde (Fig 1).

Après déplacement du cône, ou surimpressionne ce même cliché par une pose d'une seconde (Fig 2).

Nous aurons une image superposée, mais décalée.

Le décalage sera minime pour les canines en inclusion palatine. Il sera plus important pour les germes en inclusion vestibulaire (Fig 3).

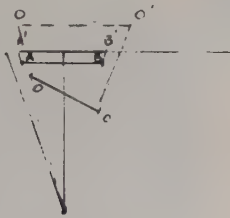


Fig 1

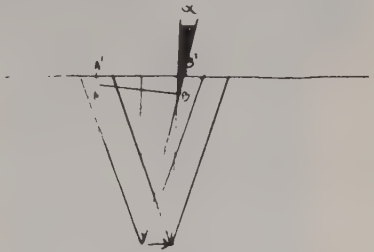


Fig 2

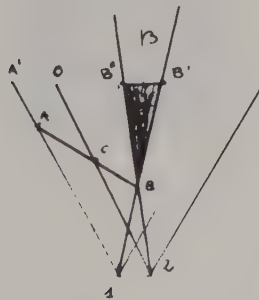


Fig 3

Il ne faut pas perdre de vue que toutes ces entités anatomiques que sont les dents et l'os maxillaire, font partie d'un épisode du développement général.

Ainsi, chez l'enfant, la paroi antérieure est sensiblement verticale pour devenir oblique au cours de la seconde dentition (Courbe de Spee). De ce fait les chances d'évolution normale des germes (Fig 32) sont plus grandes.

Quand il y a manque de place, ces germes sont souvent refoulés ou déviés de leur direction normale (Fig 33, 34).



Fig 32



Fig 33

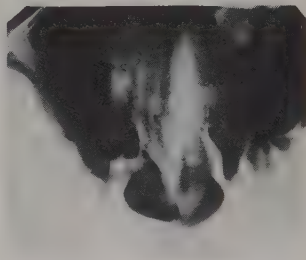


Fig 34

Ceci est justement le cas dans les endognathies uni ou bilatérales (Fig 35, 36, 37)



Fig 35



Fig 36



Fig 37

ou dans les rétrognathies du maxillaire supérieur.

Un signe pathognomonique est l'absence de diastèmes interincisifs chez les enfants à dentition de lait ou alors chez ceux présentant, au moment du changement, des incisives centrales anormalement grandes.

D'autre part nous retrouvons souvent des inclusions dans les micrognathies.

Le facteur héréditaire garde toute son importance (Fig 38, photo de la mère; Fig 39 photo de la fille).

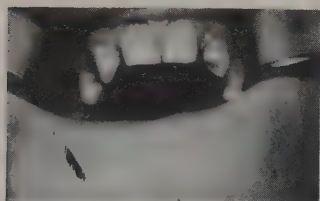


Fig 38

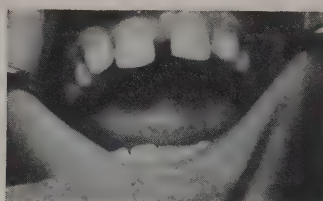


Fig 39

Ainsi après l'examen des arcades (Fig 40, 41) on procède à l'examen orthodontique en relevant toutes les malpositions et malformations dento-maxillaires.

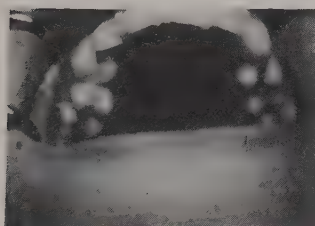


Fig 40

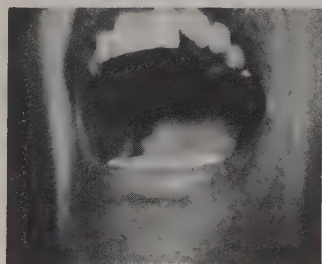


Fig 41

Nous n'évoquerons que succinctement le problème étiologique des inclusions.

Selon G. Freund, le facteur responsable serait un certain trouble fonctionnel de cette trainée épithéliale, la lame dentaire. Sa disparition ou la fermeture de son ostium provoquerait une augmentation de pression au niveau du follicule, occasionnant une dislocation du germe avec rotation, changement de direction ou même rupture du follicule avec son gubernaculum dentis.

Donc la première cause serait une malposition primaire du germe ou son éruption vicieuse.

Dans ce contexte citons, toujours d'après Luniatscheck, les formations tumorales-odontomes, adamantinomes, kystes (Fig 42, 43).

Certains auteurs incriminent les états pathologiques telles les carences alimentaires et vitaminiques, les maladies de la substance osseuse, les maladies endocriniennes, ainsi que les malformations congénitales (bec-de-lièvre, division palatine).

mère

manque de germes

filles



Fig 42

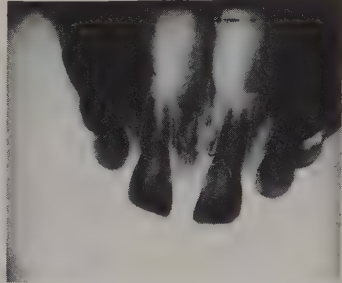


Fig 43

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES CANINES SUPERIEURES INCLUSES

Pour le choix de la méthode, tout dépendra du caractère de l'inclusion. Une canine en position vestibulaire haute ou en position oblique basse (Cl 3 Fig 20, 21) sera traitée selon les méthodes orthodontiques habituelles ou par extraction. (1. prémolaire en général), en créant l'espace nécessaire. Très souvent ce premier temps suffit lorsqu'on a à traiter des enfants dont le traitement instauré correspond à la poussée d'éruption normale de la canine supérieure.

Les cas plus complexes seront traités selon des méthodes chirurgicales et orthodontiques.

Le temps orthodontique est le plus important, le temps chirurgical se limitant à un dégagement osseux pour favoriser l'éruption du germe inclu.

On choisira ces méthodes pour traiter les inclusions palatines hautes (Cl 1 Fig 16, 17) et exceptionnellement les inclusions palatines hautes avancées (Cl 2 Fig 18, 19).

Pour les canines en position transverse (Cl 5 Fig 24, 25) et les canines inversées (fosses nasales, sinus), nous conseillons l'extraction en raison des accidents que ces germes sont susceptibles de provoquer.

Les formations tumorales, ainsi que les odontôïdes sont à supprimer (traitement chronologique, Diss. Freund).

En principe, l'inclusion canine ne doit être traitée par extraction que lorsqu'elle entraîne des complications; il existe une tendance exagérée à supprimer chirurgicalement toutes les canines incluses, quelque soit la forme de l'inclusion.

La germectomie prophylactique n'est pas possible à réaliser; la transplantation est une méthode que l'on utilise dans les cas souvent désespérés.

Il est assez rare que l'élargissement du diastème ou de la place disponible suffisent à provoquer l'égression de la canine incluse, surtout si elle se trouve en position horizontale haute ou en position horizontale haute et avancée.

Au moment de la suppression des obstacles-dents de lait, odontôïde, kyste, brides etc., on fera une alvéolectomie conductrice. Cette petite intervention chirurgicale n'est absolument pas dangereuse, ni pour le malade, ni pour la vitalité ou la solidité de la dent. Elle doit être répétée deux ou trois fois si cela est nécessaire. Il est indispensable de faire des clichés de contrôle pour la bonne suite de l'opération.

Sur une empreinte on dessine schématiquement la dent incluse pour la confection de l'appareil orthodontique qu'on a l'intention d'employer.

Le temps chirurgical consistera ainsi à supprimer la lâme osseuse pour dégager la couronne de la dent incluse. Pour les inclusions difficiles et profondes, on résèque l'os jusqu'au tiers apical de la racine. Cette intervention parfois délicate, rompt les forces de rétention. Si on prend la précaution de travailler sans échauffement avec des fraises neuves et stériles, il n'y aura pas de complications opératoires. Il est préférable de préparer le malade avec une médication antihémorragique calmante. L'antibiothérapie est de règle chez les sujets tarés.

L'expérience a montré que le plus souvent, à la suite de cette intervention chirurgicale, la dent commence spontanément sa migration. Ce sera le cas pour les inclusions peu profondes à inclinaison oblique.

Ainsi on aménage un orifice dans la fibro-muqueuse, afin de faire communiquer la couronne avec la cavité buccale. C'est la méthode dite de marsupialisation du Prof. Fernex et du Dr. Hauenstein: elle consiste à faire une tranchée intra-osseuse, à dégager le sommet cuspidien de la dent incluse et, par un space-maintainer (Fig 44) amovible en résine autopolymérisante, à éviter la fermeture et la cicatrisation de la plaie. On peut également confectionner un dispositif simple en tassant la résine dans la plaie contre les dents proximales, en faisant mordre le malade dans la position centrique.

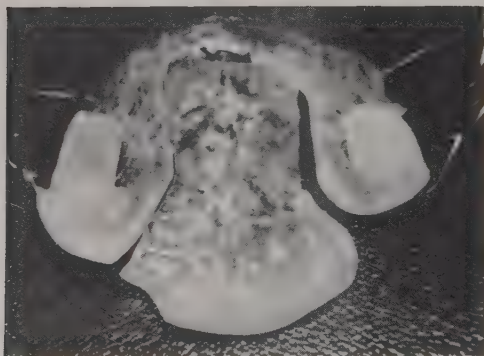


Photo:
Dr Wild
Bâle

Fig 44

Pour que la plaie ne se ferme pas, on se servait d'acide trichloracétique en application locale répétée, ou de mèches iodo-vioformées enduites ou non de pâte d'Auréomycine, en prenant bien soin de les changer tous les 2 ou 3 jours. Hauenstein se sert de laminaire (Fig 45) pour mobiliser la dent à son début.

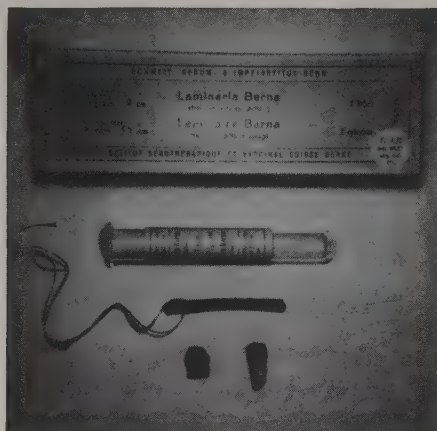


Fig 45

Ainsi la muqueuse ne pourra pas se fermer au niveau gingival; elle va s'invaginer le long des parois de la plaie en s'anastomosant avec le sac dentaire de la canine incluse, réalisant ainsi une marsupialisation par formation d'une vraie poche épithéliale. Selon l'auteur, le garde-place déclencherait par son irritation locale l'égression du germe. Par cette méthode ingénieuse et simple, on arrive à traiter des inclusions de canine supérieure sans l'aide d'appareils de traction.

Dans ces cas, la préparation du malade n'est pas indispensable, vu la bénignité de l'intervention.

Le garde-place ne servira pas si la canine est en position vestibulaire, mais il sera utilisé pour les inclusions palatines. On fera des retouches régulières pour ne pas freiner l'égression de la dent incluse (Fig 46) et pour donner entière liberté aux mouvements de mastication.

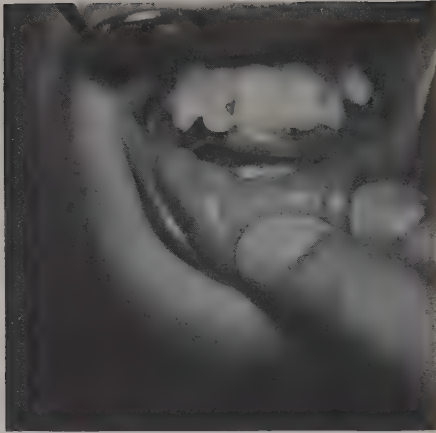


Fig 46

La dent, une fois sortie de sa loge osseuse, sera mise à sa place au moyen de la même plaque orthodontique transformée à cette fin.

Pour les formes d'inclusion plus complexes, on se servira d'appareils de traction; l'élément actif sera un fil d'acier au 4/10 mm dur agissant comme ressort et monté sur un appareillage orthodontique fixe (Fig 47).

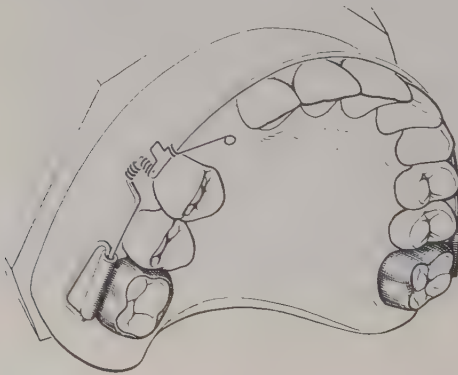


Fig 47

Ce dispositif orthodontique sera mis en place 3 semaines après l'intervention d'ostéomic ou d'alvéolectomie conductrice, selon les auteurs.

Il est indispensable de créer préalablement la place, soit par extraction soit au moyen d'une plaque orthodontique (Fig 48 et 49).

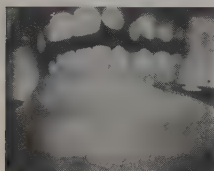


Fig 48

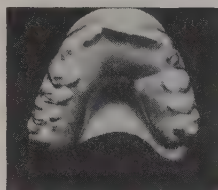


Fig 49

Les figures 48 et 49 nous montrent un petit diastème entre l'incisive latérale et la première prémolaire.

Le cliché suivant (Fig 50) montre le même cas traité orthodontiquement 5 mois après le début du traitement. Les mensurations ont montré que l'espace disponible ne suffisait pas encore pour la mise en place de la canine incluse.

Comme indice de grandeur on mesure la largeur de la canine permanente non-incluse du côté opposé.

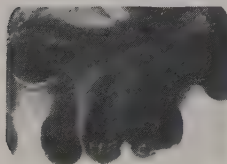


Fig 49

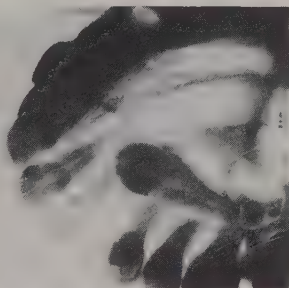


Fig 50

Le cas présenté ci-après (Fig 51, 52) a été traité par un appareil orthodontique à vérin (perpendiculaire au diastème). Dans un but esthétique, nous avons fermé l'espace en plaçant une dent artificielle sur la plaque orthodontique.

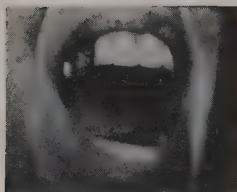


Fig 51



Fig 52

Cette préparation nous conduit au temps opératoire qui consistera à dégager la couronne de la dent incluse par résection osseuse, et à poser la ligature (Fig 53).

On choisira la ligature péri-cervicale (à simple ou double boucle) (Fig 53) tant que persiste le sac péri-coronaire; pour les cas plus complexes, on préconise des ancrages à tenon intracronaire ou exceptionnellement un fil transcoronaire.

En général on préfère un ancrage fixe et cela pour deux raisons: la première pour la solidité de l'ancrage (sa rupture pendant le trajet intra-osseux obligerait le praticien à réintervenir chirurgicalement); la deuxième pour pouvoir mieux lui imprimer un mouvement quelconque, soit de rotation, soit de bascule (Fig 54).

On devra également choisir judicieusement l'emplacement exact de l'ancrage au niveau de la couronne. Ce sera le point d'appui des forces agissantes pour libérer la dent de son enclave (forces agissantes dans la direction axiale) et pour la faire basculer vers sa place habituelle (forces perpendiculaires). Si le dégagement le permet, on peut également placer une couronne coulée ou faire un cerclage de la couronne de la dent incluse.

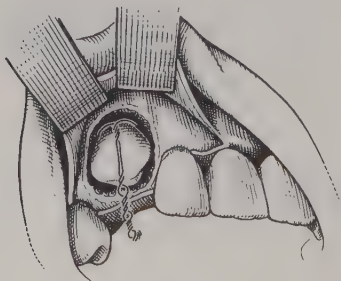
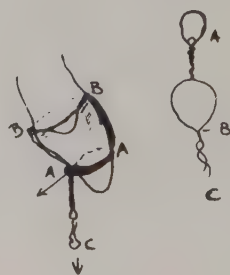


Fig 53



double boucle

La ligature en double boucle au fil d'acier de 0,25 mm est pliée et torsadée. Les deux chefs de fil passeront d'abord autour de la cuspidé (A), puis après autour de la dent (B) pour revenir palatinalement vers la première boucle en A.

Ce système permet d'imprimer à la dent un certain mouvement de bascule indispensable pour le redressement d'une canine en inclusion horizontale.

Ainsi, dans un premier temps, on cherche à mobiliser la dent incluse. La traction devra être douce surtout au début. On l'augmentera au fur et à mesure de la résistance à surmonter. Une fois libérée de ses connexions la dent fera son égression.

Le dernier stade de la manipulation sera la reconduction définitive du germe vers sa place habituelle.

Il faut à tout prix éviter les versions excessives au risque d'une mortification. Il est préférable de relâcher la traction pour que la dent puisse se redresser et reprendre le traitement par la suite.

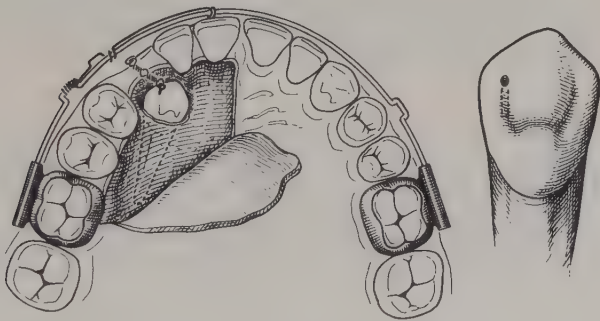


Fig 54

On voit donc que la réduction de ces inclusions demandent un traitement attentif et coordonné.

Il est préférable de se servir de fil métallique plutôt que d'utiliser des bandes de caoutchouc, le mouvement imprimé à la dent étant plus doux; par contre, tous les opérateurs conseillent de faire agir une force assez grande, mais de courte durée, pour vaincre les forces de rétention au début du traitement.

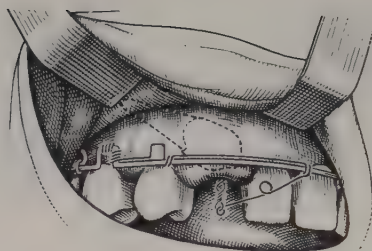


Fig 55

La vitesse de déplacement ne doit en aucun cas dépasser 1 mm par mois au risque de provoquer des altérations souvent irréparables (mortification, rhizolyse, nécrose etc.).

Dans la méthode des laminaires, les forces agissantes sont évidemment moins brutales. Il reste donc au praticien à doser ces forces et selon A.M. Schwarz elles devraient correspondre à la pression capillaire sanguine de 20 - 25 gr/cm² de surface. Au-delà de 60 gr/cm², on risque des lésions graves (nécrose-gangrène).

Une dent, dont la racine est encore en formation, est à traiter avec douceur en employant des forces relativement faibles. Les modifications osseuses occasionnées lors de tels traitements ne semblent pas tenir compte d'une réactivité individuelle. La réparation osseuse est plus rapide chez les sujets jeunes. Les forces brutales donnent des réactions congestives avec stase vasculaire et apparition de foyers hémorragiques, alors qu'une force légère et durable donne les résultats d'ostéolyse et d'ostéogénèse escomptés.

Ainsi est-il indispensable de contrôler rigoureusement et à intervalles réguliers le déplacement de la canine incluse au moyen de clichés radiographiques et de faire des tests de vitalité, si les circonstances le permettent. Comme signe subjectif, nous avons la douleur: c'est toujours un signal d'alarme. Il est nécessaire que nous le répitions encore; ce n'est pas le temps opératoire qui est la partie la plus délicate et la plus difficile, mais bien la reconduction et la reposition orthodontique de la canine incluse à sa place normale. Le déplacement à imprimer au germe est souvent assez important. Le traitement doit être mené avec beaucoup de précaution pour éviter des accidents regrettables pouvant compromettre la réussite du traitement.

Au moyen de films radiographiques, il sera facile de contrôler la résorption osseuse ou la condensation, et de relever d'éventuelles altérations radiculaires telle la rhizalyse.

Le tissu osseux entourant une dent ainsi traitée sera toujours un tissu de néoformation et de transition; il subira, par la suite, une seconde transformation au moment de la consolidation définitive lorsque le déplacement sera terminé.

Exemples de cas cliniques

d'après M. Parant

Inclusion bilatérale traitée par la méthode chirurgico-orthodontique (Fig 1)

Pose des fils péricervicaux (Fig 2)

Résultat après 6 mois de traitement + Système de contention par ligature (Fig 3)

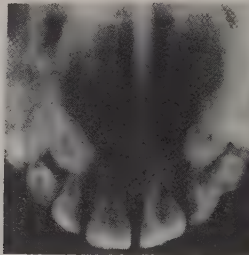


Fig 1

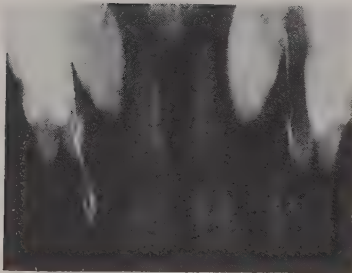


Fig 2

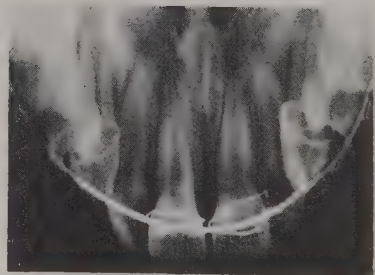


Fig 3

Inclusion bilatérale traitée par la méthode chirurgico-orthodontique.

(Fig 1 Radiogr. plan mordu)

(Fig 2 et 3 Radiographies des 2 canines supérieures en films rétro-alvéolaires)

- (Fig 4 Pose du piton d'ancrage)
- (Fig 5 + 6 Ancrage avec son fil de traction)
- (Fig 7 Plan mordu avec ancrage scellé)
- (Fig 8 Mise en place de l'appareillage fixe avec les ressorts de mobilisation et de traction)
- (Fig 9 Résultat et mise en place avec contention des deux canines jadis incluses en plan mordu)

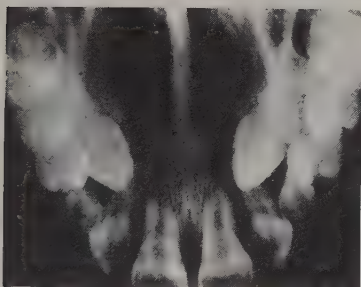


Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 4



Fig 5



Fig 6



Fig 7

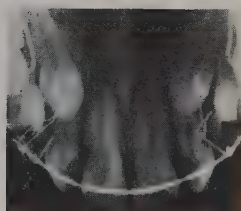


Fig 8

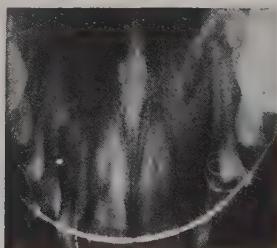


Fig 9

Les radiographies faites en novembre 1962 montrent une canine incluse avec persistance de la canine lactéale et une deuxième prémolaire enclavée (radio 1 et 2).

La suivante montre les rapports de la dent incluse avec les autres organes de voisinage (radio 3). Elle sera d'une grande utilité pour la conduite du traitement à entreprendre.

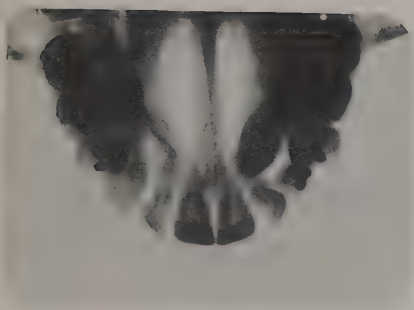


Fig 1



Fig 2

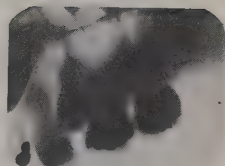


Fig 3

Le 19.12.62 on procède à l'extraction de la canine temporaire, à la pose du crochet d'ancrage au niveau de la partie palatine de la couronne de la dent incluse, ainsi qu'à l'extraction de la 2e prémolaire enclavée. Le traitement orthodontique entrepris servira à créer l'espace nécessaire à la reconduction de la canine permanente.

Traitement terminé en avril 1963.



Fig 4



Fig 5

Les transplantations et les réimplantations

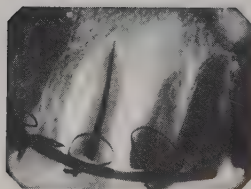
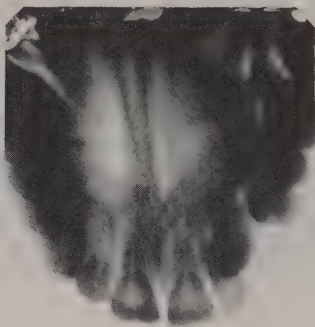
Lorsqu'une canine supérieure incluse se trouve trop éloignée de sa place habituelle et qu'on juge une reconduction impossible, on peut faire une transplantation.

Lorsque cette dent a été extraite, on peut en effet envisager de l'implanter au lieu et à la place de la dent temporaire existante, encore faut-il que cette intervention chirurgicale n'ait pas été trop mutilante et que la place sur l'arcade soit assez grande pour recevoir son nouvel hôte. On pratique en général une pulpectomie par voie coronaire ou apexienne avec obturation du canal radiculaire.

L'alvéole de la dent lactéale est agrandie sans que l'on touche à la paroi vestibulaire. C'est dans cette alvéole nouvellement préparée, que la canine permanente sera "plantée". La contention par ligature ou par arc vestibulaire sera de 3 semaines environ.

Malgré toutes les précautions opératoires, les chances de conservation définitive sont très minimes. Ces dents transplantées sont souvent atteintes de rhizolyse et se voient lentement éliminées par résorption osseuse.

Canine supérieure en position palatinale traitée par transplantation



Traitement par transplantation

même cas que sur la page précédente

Fig 1 Avant l'opération

Fig 2 Après l'opération

Fig 3 Pose de la ligature

Fig 5 Traitement terminé
en articulé



Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 4

REIMPLANTATION et TRANSPLANTATION avec Greffons Osseux

Cette nouvelle technique opératoire, publiée en 1961 par H. PETIT, apporte une amélioration certaine aux méthodes jadis proposées.

L'auteur insiste sur la nécessité de garder un fragment osseux, adhérent à la racine de la dent incluse et prélevé au niveau du parodonte.

Après une étude radiographique très poussée, l'auteur détermine avec précision les caractéristiques de l'inclusion.

Par la suite, il précisera l'emplacement exact où sera prélevé le greffon osseux, en tenant compte de l'alvéole réceptrice préalablement préparée.

Comme dispositif de contention on se servira d'une gouttière en résine acrylique ou d'une ligature.

Dans un Premier Temps: On procède à l'extraction de la canine de lait, à l'élargissement de l'alvéole pour recevoir la canine permanente, et à la taille de la partie osseuse à recevoir le greffon. (Fig 1) - tout cela après un large débridement vestibulaire.

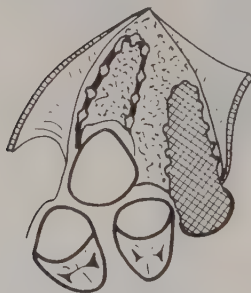


Fig 1

Deuxième Temps: Taille du greffon osseux à bouclier vestibulaire (Fig 1) et extraction de la dent incluse.

Troisième Temps: Découpage et taille du greffon après extraction du germe dentaire inclus et son traitement radiculaire (Fig 2 et Fig 3).



Fig 2

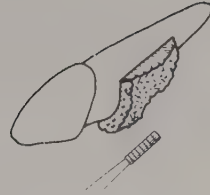
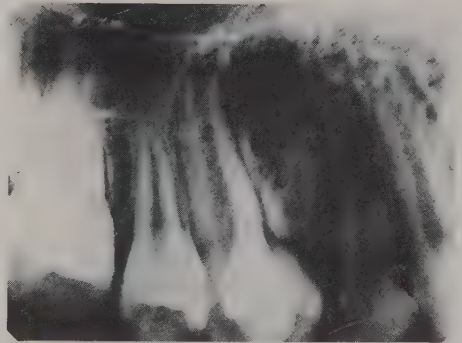


Fig 3

Quatrième Temps: Mise en place de la dent transplantée et fermeture de la plaie opératoire. Contention par ligature et meulage sélectif selon l'articulé.

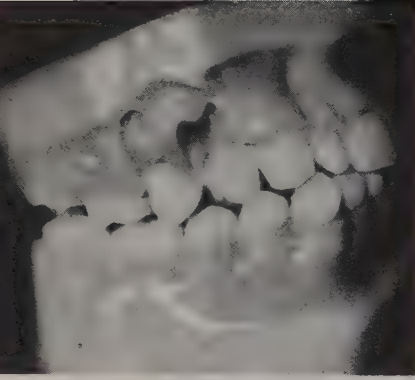
Etude radiologique du cas et photos des arcades dentaires:

Avant l'intervention

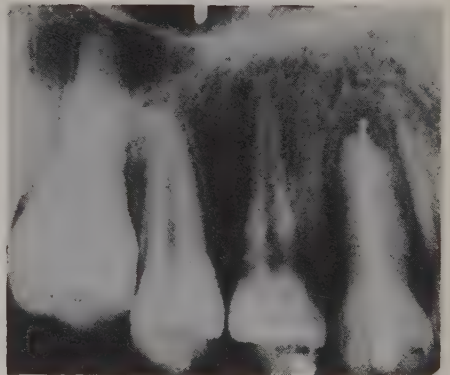
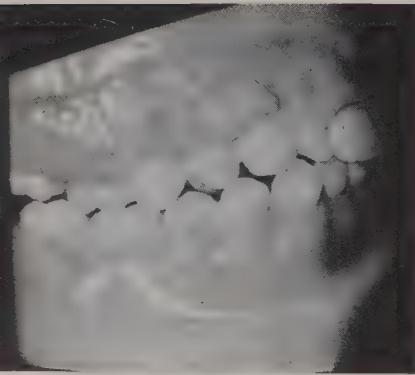


1 mois après la transplantation: radio (canine en place avec ligature)

2 mois après la transplantation: photo



1 an après la transplantation:



Cas traité par réimplantation avec greffons osseux

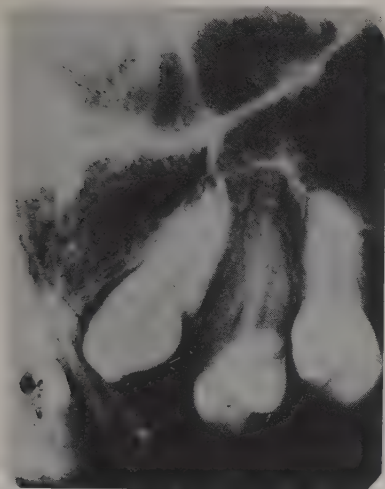


Fig 1
Canine enclavée

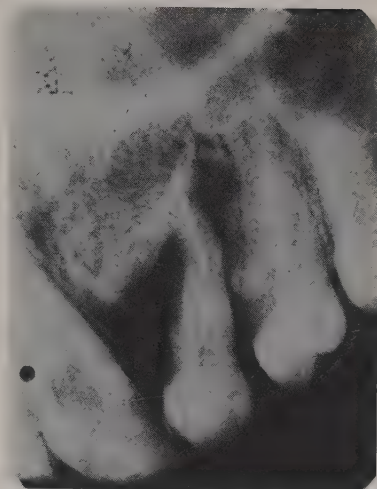


Fig 2
Traitement et mise en place

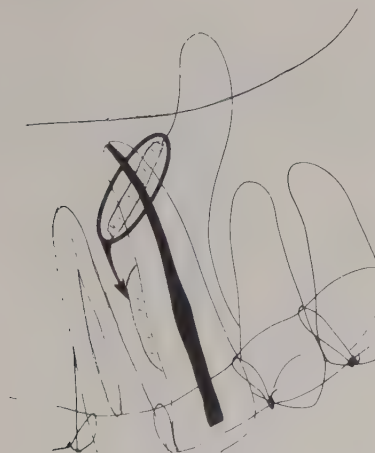


Fig 3

La réimplantation: étude schématique avec choix de l'emplacement des greffons

2e cas traité par réimplantation avec greffons osseux



En ce qui concerne cette technique dite des greffons, la difficulté majeure réside d'abord dans le découpage du greffon et ensuite dans l'extraction de la dent incluse ou enclavée. C'est avec beaucoup de précautions qu'il faudra tenter de luxer la dent pour éviter toutes fractures et fissures radiculaires et osseuses. L'obturation du canal radiculaire sera faite par voie apéxienne avec petite résection apicale si nécessaire. La surveillance du malade s'impose afin de contrôler la consolidation de la dent ainsi réimplantée, et de traiter les réactions postopératoires.

Citons pour mémoires les méthodes par redressement chirurgical (Hauptmayer) comme l'ostéotomie linéaire, l'ostéotomie rétro-dentaire cunéiforme (Bichmayr) et l'alvéolectomie intracavitaire de Dean et Thibault.

Toutes ces méthodes ont soulevé les mêmes objections que la réimplantation prophylactique elle-même.

CONCLUSIONS

L'étude des différentes méthodes de traitement des canines supérieures incluses nous montrent qu'il faut à tout prix poser le problème de la conservation de l'organe dentaire.

Ce sont les différents résultats des examens préalablement effectués qui nous dicteront la conduite du traitement:

traitement orthodontique simple:

traitement par marsupialisation, complété par un traitement orthodontique si nécessaire,

traitement chirurgico-orthodontique, ou

traitement par transplantation.

Il est recommandé de ne pas trop se fier aux impressions radiographiques souvent trompeuses, ni de formuler des pronostics inconsidérés. On ne pratiquera donc l'extraction du germe inclus que si toutes les autres possibilités thérapeutiques de conservation de la canine supérieure n'aboutissent à aucun résultat.

- BIBLIOGRAPHIE -

- CHATELLIER J. Désinclusions chirurgicales, alvéolectomie conductrice.
Revue française d'Odonto-stomatologie No 2, 1957
- CHATELLIER J., CHATEAU M., KOLF J., LANDART L.
Notes sur le traitement chirurgico-orthodontique des
dents retenues et incluses.
Actualités Odonto-Stomatologiques, pages 293-316, 1962
- DECELLE, EVENON, LIBERMANN, DESPEIGNES
Technique nouvelle de désinclusion des canines.
Revue française d'Odonto-Stomatologie No 3, page 321, 1955
- DECHAUME M., CERNEA P.
Encyclopédie Médico-chirurgicale Tome I fascicule
22010- E 10
- DEBRAS
Désinclusion des canines en position palatine.
Orthodontie Française, volume 25, pages 249, 1954
- FREUND
Ueber die Zahnleistenkanäle und ihre Bedeutung für die
Aetiologie der Follikularzysten und der Zahnretention.
Inaug. Diss Med. Dent. Basel Acta ANAT 21, 141-154, 1954
- HAUENSTEIN
Technique nouvelle de désinclusion par Marsupialisation.
Revue suisse d'Odonto-Stomatologie
- PARANT M.
Petite chirurgie de la bouche; pages 158-161, 165, 175
- PETIT H.
Suggestions pour améliorer les réimplantations et les
transplantations.
Actualités Odonto-Stomatologiques, pages 357-374, 1961
- ZOTLICK
Méthode de désinclusion des canines supérieures incluses.
Revue française d'Odonto-Stomatologie, 1954

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	Page 5
<u>CHAPITRE I</u>	
- Etude clinique et radiographique des inclusions	Page 6
- Classification	Page 10
- Etude radiographique	Page 12
<u>CHAPITRE II</u>	
Traitement des-canines supérieures incluses	Page 19
Méthodes et techniques.	
- Traitement orthodontique simple	Page 19
- Traitement orthodontique chirurgical	Page 20
- Traitement par marsupialisation	Page 20
- Transplantations et réimplantations	Page 31
- Réimplantation et transplantation par greffons osseux	Page 34
<u>CONCLUSIONS</u>	Page 39
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	Page 40
<u>TABLE DES MATIERES</u>	Page 41

